FACULTE DE MEDECINE
COCHIN PORT-ROYAL
UNIVERSITE PARIS V

ANNEE 1972

THESE

N° 35

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Xavier RIVIERE

Né le 24 juin 1944 à PARIS 17e

Ancien Interne des Hôpitaux de l'Ouest

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE DU GROUPE HOSPITALIER DE MONTEREAU FAULT YONNE

ANNEES 1967 - 1970

Président : Monsieur F. LEPAGE, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
COCHIN PORT-ROYAL
UNIVERSITE PARIS V

ANNEE 1972

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Xavier RIVIERE

Né le 24 juin 1944 à PARIS 17e

Ancien Interne des Hôpitaux de l'Ouest

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE DU GROUPE HOSPITALIER DE MONTEREAU FAULT YONNE

ANNEES 1967 - 1970

Président : Monsieur F. LEPAGE, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Mon Père,

sa conduite sera toujours un exemple pour moi.
sa tendre dureté a été un atout certain de ma réussite.

A Ma Mère,

sa bienveillance et son amour m'ont toujours guidé et aidé.

Qu'ils trouvent ici le signe de mon éternelle reconnaissance.

À Mon Père.

Sa conduite sera toujours un exemple pour moi.
Sa tendre dureté a été un sûr certain de ma réussite.

À Ma Mère.

Sa bienveillance et son amour m'ont toujours guidé et aidé.

Qu'ils trouvent ici le signe de mon éternelle reconnaissance.

A Yves, mon frère jumeau

Il a été et sera toujours mon meilleur compagnon.

A Bernadette, ma soeur ainée

A Olivier, mon jeune frère

A Tous mes camarades et amis d'hier et d'aujourd'hui.

À Yves, mon frère jumeau

Il a été et sera toujours mon meilleur compagnon.

À Bernadette, ma sœur aînée
À Didier, mon jeune frère

À Tous mes camarades et amis d'hier et d'aujourd'hui.

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait l'insigne honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur P. LEPAGE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait l'insigne honneur de bien vouloir
accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Jean L'HENORET

Gynécologue-Accoucheur Chef de Service
au Centre Hospitalier de QUIMPER.

C'est grâce à lui que j'ai acquis une solide expérience obstétricale.

A Monsieur le Docteur Georges MURITH

Gynécologue-Accoucheur Chef de Service
au Groupe Hospitalier de MONTEREAU FAULT YONNE

Il nous a fourni le matériel nécessaire à la réalisation de cette thèse et il a complété notre expérience.
Qu'il en soit ici remercié.

A Messieurs les Docteurs TRIBONDEAU

AGIUS

BOIVIN

POTIER

RENAULT

Ils furent mes chefs de Service de
l'Internat des Hôpitaux de l'Ouest

Qu'ils soient ici assurés de toute ma gratitude.

PLAN

A - OBSTETRIQUE

- GROSSESSE
- ACCOUCHEMENT
- POST PARTUM

B - MORTALITE ET MORBIDITE PERINATALE

- POIDS A LA NAISSANCE
- MORTINATALITE
- ENFANTS VIVANTS A LA NAISSANCE
- MORTALITE NEO-NATALE
- CAUSES DE LA MORT

C - CONCLUSIONS

Nous avons choisi comme sujet "LE FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE DU GROUPE HOSPITALIER DE MONTEREAU FAULT YONNE" pour plusieurs raisons :

1°/ Cette maternité d'importance moyenne a une activité essentiellement obstétricale, et l'étude de son fonctionnement peut donner une idée plus précise de l'exercice de l'Obstétrique en grande banlieue.

2°/ Le développement de la ville de MONTEREAU et l'installation d'une maternité privée en ville a modifié son existence.

3°/ L'adjonction récente d'un service de Gynécologie Médicale et Chirurgicale donne désormais à ce service une optique totalement différente et des perspectives d'avenir intéressantes.

4°/ L'évolution actuelle de l'Obstétrique fait espérer que les services des hôpitaux de banlieue continueront à pratiquer l'Obstétrique habituelle, mais qu'ils pourront, eux aussi, accéder aux équipements modernes.

Pour faire cette étude, le plan de WAUTIER, dans sa thèse de 1959 sur le fonctionnement de la Maternité du Centre Hospitalier de VERSAILLES, sera suivi dans son ensemble. Les observations intéressantes seront relevées et exposées au passage.

Cette étude porte sur 2116 dossiers obstétricaux relevés dans le service au cours des années 1967, 1968, 1969 et 1970.

Dans chaque rubrique, on citera le nombre de cas relevés, on présentera les dossiers intéressants et l'on concluera, en appréciant le pourcentage et la part de chaque phénomène obstétrical.

La conclusion générale de cet ouvrage aura essentiellement pour but de tirer les conséquences de cette étude statistique. Elle permettra de mettre en évidence, par comparaison avec des études plus anciennes, l'évolution de la pratique obstétricale.

OBSTETRIQUE

- G R O S S E S S E

1°/ Affections chroniques

2°/ Affections aiguës

3°/ Dysgravidies

4°/ Anomalies de l'Oeuf

5°/ Anomalies pelviennes

6°/ Affections gynécologiques.

AFFECTIONS CHRONIQUES ET GROSSESSE

1°/ TUBERCULOSE

Seules les tuberculoses évolutives durant la grossesse ont été relevées :

1967 : ..... n° 123
1968 : ..... n° 84
1969 : ..... n° ---
1970 : ..... n° ---

Soit au total 2 cas sur 2116 dossiers ou un pourcentage de 0,09 %.

Les deux cas en question avaient été diagnostiqués lors du premier examen prénatal et traités. Ils n'avaient entrainé aucune complication, ni lors de l'accouchement ni lors des suites de couches.

2°/ SYPHILIS

1967 : ..... n° ---
1968 : ..... n° ---
1969 : ..... n° 238
1970 : ..... n° ---

Madame A.... Yasmina, de nationalité algérienne, IVème pare, 24 ans, arrive dans le service, proche du terme. Elle n'est pas en travail. Elle n'a pas été suivie pendant sa grossesse. Les examens systématiques montrent un B.W. positif, mais un test de Nelson négatif. On apprend que le mari est traité pour cette raison. L'examen n'objective pas de lésions primitives. Travail et accouchement normaux ; dès la naissance, l'enfant

et la mère sont traités. Le B.W. de l'enfant est très légèrement positif au sang du cordon et se négative, dès le prélèvement suivant, huit jours plus tard.

3°/ CARDIOPATHIES

1967 : ..... n° 15 138 289
1968 : ..... n° 103 151 317 431
1969 : ..... n° 53 112 234 408
1970 : ..... n° 129 137 442

Parmi ces dossiers, relevons celui-ci :

Madame C... Monique, 22 ans, IIème pare, arrive dans le service en travail. Elle présente une sténose mitrale, apparue à l'âge de 16 ans, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu. Cette sténose mitrale a été très bien tolérée jusqu'au début de la deuxième grossesse ; durant celle-ci, une dyspnée d'effort est apparue dès le troisième mois, et le cardiologue a prescrit un traitement par la Digitaline, pour éviter l'apparition d'une insuffisance cardiaque. La grossesse évolue de façon satisfaisante jusqu'à terme. Du fait de la persistance de la dyspnée d'effort, on décide de laisser évoluer le travail et de procéder à une extraction instrumentale à dilatation complète. Extraction par forceps de Tarnier sur une présentation en O.I.G.A. bien fléchie, tête au détroit inférieur. Naissance d'un garçon de 3.430 Kg. APGAR : 10 à la naissance.

Cette parturiente ayant quitté la région, l'évolution ultérieure est demeurée ignorée.

Pourcentage total : 0,69 %

4°/ DIABETE SUCRE

1967 : ..... n° 223 321 384
1968 : ..... n° 29 127 271 323
1969 : ..... n° 77 209 315
1970 : ..... n° 113 177 287

Soit 0,64 % des dossiers

Dans la plupart des cas, une opération césarienne a été pratiquée à la fin du huitième mois. En effet, ces diabètes, difficiles à équilibrer, avaient provoqué chez ces femmes des excès de hauteur utérine, que la suite des évènements permet de rattacher tant à un excès de liquide qu'à un excès pondéral du foetus. Deux cas furent laissés en évolution ; un se termine par un accouchement normal à terme et l'autre par une mort foetale.

5°/ INCOMPATIBILITE RHESUS

1967 : ..... n° 20 151
1968 : ..... n° 191
1969 : ..... n° 37 411
1970 : ..... n° 53 221 352

Cette rubrique ne comprend que des incompatibilités Rhésus avec Test de Coombs direct positif, soit 0,39 % de nos dossiers.

Enfant M... Franck, deuxième enfant, premier enfant A Rh +, mère A Rh-, Père O Rh+, bilirubinémie à la naissance (sang du cordon) 32 mg, Test de Coombs direct +++

Deuxième heure de la vie : 56 mg de bilirubinémie, transfert en centre spécialisé. Exsanguino-transfusion, peu après l'admission.

Troisième jour : 112 mg, le matin et 148 mg, le soir, entrainant une deuxième exsanguino-transfusion.

Quatrième jour : 120 mg, le matin et 118 mg, le soir.

Cinquième jour : diminution importante de l'Ictère.

Ensuite, évolution favorable et guérison.

Depuis la généralisation de la sérothérapie par les Gamma-Globulines spécifiques anti D, on n'a pas remarqué de diminution significative de la fréquence. Il est vrai que le recul est encore insuffisant. Il faut malheureusement constater que de nombreuses femmes susceptibles de s'immuniser, et ayant présenté des avortements, n'ont pas reçu cette injection. Sera-ce là

une des raisons de l'entretien de cette affection, pourtant vouée à la disparition.

6°/ HYPERTHYROIDIES

1963 : ..... n° 211

Dans ce dossier, il s'agissait plus d'une hyperthyroïdie biologique que clinique. Elle était traitée par le "NEOMERCAZOLE" et il n'y a rien eu à signaler sur le plan Obstétrical.

7°/ NEPHROSE LIPOIDIQUE

1970 : ..... n° 433

Madame G... Antoinette, 42 ans, VIIIème pare, entre dans le service pour accoucher. L'examen systématique chez cette femme, qui n'a pas été suivie dans le service, montre une hypertension artérielle à 22/13, des oedèmes et une albuminurie importante. Le travail et l'accouchement se déroulent normalement. Enfant du sexe masculin, pesant 3.250 Kg, APGAR 10.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, les signes précités ne s'amendent pas. On entreprend une série d'explorations qui montrent qu'il s'agit d'un syndrome néphrotique. La malade est retournée chez elle, mais on lui a conseillé d'aller consulter dans un service de Néphrologie. Il faut noter que l'interrogatoire a révélé que les signes existaient déjà au cours des trois précédentes grossesses et qu'il n'y avait eu aucun ennui sur le plan obstétrical.

AFFECTIONS AIGUES ET GROSSESSE

1°/ MALADIES INFECTIEUSES ET GROSSESSE

- TOXOPLASMOSE

1967 : ..... n° 401

- LISTERIOSE

1969 : ..... n° 121

Dans ces deux cas, il s'agissait de deux morts-nés macérés à terme. Des prélèvements sanguins effectués chez les mères ont montré des taux d'anticorps très élevés. Mais est-ce suffisant pour poser le diagnostic ?

2°/ INFECTIONS URINAIRES (Pyélonéphrites du 2ème trimestre)

En limitant bien le problème, on relève 180 cas. Cela représente un taux de 8,92 %.

3°/ TRAUMATISMES

1967 : ..... n° 37 28%
1968 : ..... n° 172
1969 : ..... n° 103
1970 : ..... n° ---

Relevons celui-ci : Madame L... Mireille, 28 ans, IVème pare, est

adressée par son médecin pour accoucher et il signale une importante déformation du bassin, consécutive à un accident de voiture. Cette dame a eu, en effet un traumatisme important, lors de son quatrième mois de grossesse. Celui-ci a provoqué une disjonction de la symphyse pubienne et une luxation intra-pelvienne de la tête du fémur gauche avec fracture importante de tout l'acétabulum. La réduction n'a pu être obtenue, si bien que la tête du fémur est toujours en position intra-pelvienne, empêchant ainsi la progression du foetus à travers le pelvis. Césarienne. Extraction d'un garçon, APGAR 10, pesant 3,825 Kg.

4°/ ANEMIES

Seules les anémies importantes (hémoglobinémie inférieure à 10 g%) ont été relevées. Les dossiers où le diagnostic permettait de retenir un phénomène hémorragique, ont été éliminés. De ce fait, il ne restait plus qu'un seul dossier.

1968 : ..... n° 225

Madame D... Irène, 19 ans, primipare, primigeste, était adressée, enceinte de 2 mois 1/2, pour vomissements gravidiques. Un bilan montrait une anémie à 1 500 000, obligeant la pratique de plusieurs transfusions. Cette anémie était macrocytaire (V.G. : 1,10). Une fois résolu le problème des vomissements, elle est transférée en Médecine, où le bilan confirme qu'il s'agit d'une maladie de BIERMER (Glossite de Hunter, Moëlle bleue typique au myélogramme et achlorhydropepsie au tubage gastrique, même après stimulation par l'histamine). Un traitement par la vitamine B 12 est entrepris. L'état général s'améliore très rapidement. La patiente est revue six mois plus tard et elle accouche, près du terme, d'une fille de 2,800 Kg présentant un APGAR à 9.

5°/ ASTHME

1967 : ..... n° 332
1968 : ..... n° 76 218

1969 : ..... n° 127 156

1970 : ..... n° 21 235 359 411

Tous ces dossiers ont montré qu'il n'y avait eu aucun problème, pour ces femmes durant le travail et l'accouchement.

6°/ APPENDICITE

1967 : ..... n° 26

1968 : ..... n° 402

1969 : ..... n° 221

1970 : ..... n° ---

Ces trois cas d'appendicite aiguë, à la clinique tout à fait banale, sont tous trois survenus au cours du premier trimestre de la grossesse. Opération et suites simples.

7°/ MENINGITES

1967 : ..... n° 422

Madame N... Sylvie, 22 ans, primipare, primigeste, entre dans le service de Médecine, enceinte de 4 mois, avec un syndrome méningé consécutif à une parotidite ourlienne. La ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite lymphocytaire. Sous traitement, le syndrome s'estompe rapidement et, la troisième ponction lombaire pratiquée au 10ème jour, montre un liquide normal. Elle est revue par la suite, en consultation d'Obstétrique, régulièrement. La grossesse évolue normalement et elle accouche près du terme d'une fille de 4,130 Kg, APGAR 10, examen à la naissance normal et absence complète de malformation.

8°/ FIBROME PEDICULE TORDU

1969 : ..... n° 35

Madame M... Béatrice, 38 ans, primigeste, enceinte de 2mois 1/2 est adressée dans le service pour une violente douleur hypogastrique. La palpation abdominale montre, à premier abord, un utérus trop volumineux pour l'âge de la grossesse, mais le toucher vaginal montre une masse tendue douloureuse, comblant totalement le cul-de-sac vaginal antérieur. La reprise de la palpation abdominale montre qu'il existe, en fait, deux masses distinctes, une inférieure correspondant à un utérus en rapport avec l'âge de la grossesse, et une deuxième correspondant à une masse extra-utérine. Transférée en chirurgie, opérée, il s'agit d'un fibrome pédiculé et tordu, en voie de nécrobiose ? Suites opératoires simples et obstétricales aussi.

DYSGRAVIDIES

1°/ VOMISSEMENTS

1967 : ..... n° 8 57 69 191 252 323 366 390 414
1968 : ..... n° 32 75 121 163 184 227 274 352
401 420
1969 : ..... n° 102 117 154 189 246 280 328 353
411 444
1970 : ..... n° 88 107 125 146 160 179 200 221
278 299 322 326 431

Cela représente 42 cas soit un taux de 2,08 %.

Il faut remarquer que les 9/10° des "vomisseuses" relevées dans cette étude, vomissent avant 2 mois 1/2 de grossesse. Le reste des observations relevées, soit 4 cas en 4 ans, représente des "vomisseuses" au 7ème mois de grossesse, chez qui aucune étiologie n'a pu être relevée.

2°/ ALBUMINURIES

Traitant par ailleurs des néphropathies gravidiques, seules ont été retenues ici, les albuminuries isolées, sans hypertension et sans oedèmes des membres inférieurs.

1967 : ..... n° 170
1968 : ..... n° 244
1969 : ..... n° 50
1970 : ..... n° 2

Cela représente 4 cas ou 0,21 %.

3°/ OEDEMES

Les oedèmes sont un symptôme et non une maladie. Ils sont très souvent isolés et n'en constituent pas moins un signe intéressant. Seuls ont été cités ici, les dossiers où les femmes ont présenté des oedèmes isolés.

Au total, on a relevé 65 dossiers, soit un taux de 3,22 %.

4°/ NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES

Dans cette rubrique, figurent toutes les néphropathies gravidiques, même celles qui se sont compliquées d'Hématome rétro-placentaire ou d'Eclamsie. Ces mêmes dossiers seront donc répertoriés aussi dans les chapitres correspondants.

1967 : ..... n° 72 121 177 400
1968 : ..... n° 165 252 339
1969 : ..... n° 139 197 304
1970 : ..... n° 108 190 283 431

Cela représente 14 dossiers, soit un taux de 0,66 %.

Madame S... Adèle, 21 ans, primipare, primigeste, arrive dans le service, envoyée par son médecin, pour néphropathie gravidique. A l'entrée, l'examen confirme le diagnostic. Oedèmes très importants, prise de poids de 18 Kg au terme de 7 mois, H.T.A. à 15/11 au repos. Le repos, associé au régime sans sel strict lui permettent de perdre un peu de poids, mais, devant la résistance des oedèmes, on complète le traitement par le Furosémide, à raison de un comprimé par jour. On surveille les bruits du coeur foetal, plusieurs fois par jour. Ceux-ci disparaissent brusquement après 15 jours d'hospitalisation, et la femme expulse, trois jours plus tard, un foetus macéré.

5°/ ECLAMPSIE

1967 : ..... n° 121

1970 : ..... n° 108 190

Le dossier exposé ci-dessous, est un peu particulier, car il s'agit d'une crise d'éclampsie survenue après la délivrance.

Madame P... Simone, 18 ans, primipare, primigeste, a eu une grossesse normale et un accouchement normal. La délivrance a été naturelle, complète : on ne notait aucune anomalie sur le placenta. Deux heures après son accouchement, la femme présente un syndrome convulsif, à type de crise d'épilepsie généralisée. La T.A. est à 21/14 et on note sur les urines, prélevées par sondage, une albuminurie à 3 grammes par litre. On traite par les neuroleptiques et le mannitol à 10 % en perfusion ; la femme se réveille au bout de 25 minutes. Deux autres crises surviennent les deux jours suivants, puis, sous thérapeutique, tous les signes s'amendent.

ANOMALIES DE L'OEUF

1°/ MOLE HYDATIFORME

1967 : ..... n° 237 bis 391 bis
1969 : ..... n° 4 bis

2°/ HYDRAMNIOS

1967 : ..... n° 16 83 123 157
1968 : ..... n° 71 159 358
1969 : ..... n° 437
1970 : ..... n° 87 252 393

Le dossier, cité ici, est très typique.

Madame L... Edith, 37 ans, Troisième pare, troisième geste, se présente à la consultation pour sa troisième visite prénatale. Elle présente une hauteur utérine à 40 cm, une prise de poids de 20 Kgs, des oedèmes, mais ni albuminurie, ni hypertension. L'examen objective des bruits du coeur foetal très assourdis et la palpation a de la peine à localiser les poles du foetus. Incertain du diagnostic, on demande une radio qui montre la présence d'un anencéphale. On laisse évoluer la grossesse et la femme accouche près du terme d'un anencéphale de 3,200 Kgs, du sexe féminin, qui ne survivra que 19 heures à sa naissance.

3°/ PLACENTA PRAEVIA

1967 : ..... n° 147 190 341

1968 : ..... n° 75 222 401
1969 : ..... n° 244 356 429
1970 : ..... n° 51 234 447

Madame F... Yasmina, troisième pare de nationalité algérienne, arrive dans le service, enceinte de 7 mois, pour hémorragies de moyenne abondance, indolores, survenues inopinément. L'examen met en évidence, sur un col entrouvert, un placenta praevia de type recouvrant. On décide de surveiller en laissant la malade au repos le plus strict au lit. On prescrit en outre, à titre préventif des antispasmodiques. Les hémorragies s'amenuisent, puis disparaissent. Après quatre jours sans hémorragies, celles-ci réapparaissent. On est obligé de transfuser et d'augmenter la posologie des antispasmodiques. Malgré la thérapeutique, la malade se met franchement en travail, ce qui conduit à pratiquer une opération césarienne. On extrait un enfant du sexe féminin, pesant 1,800 Kg et qui doit subir une réanimation importante. Transféré dans le service des prématurés, il meurt au bout de 21 jours, des suites d'une hémorragie méningée.

4°/ HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

Seuls les dossiers, avec l'existence d'un syndrome clinique, présentent un intérêt. Ceux, où on a noté une cupule d'hématome rétro-placentaire à l'examen systématique du placenta, ont été traités différemment.

1967 : ..... n° 177
1968 : ..... n° 339
1969 : ..... n° 431
1970 : ..... n° ---

Madame R... Isabelle, 19 ans 1/2, primipare, primigeste, arrive en urgence au terme de 8 mois, avec une douleur hypogastrique, d'apparition violente et des petites métrorragies noirâtres. A l'examen, on trouve une contracture utérine bilatérale très douloureuse. On ne trouve aucun bruit du coeur foetal et le toucher vaginal montre un col perméable, une poche des eaux bombante ; le doigtier revient sanglant. On rompt la poche des eaux et

le travail s'effectue assez rapidement. On obtient un foetus mort-né, non macéré, de 2,400 Kgs, du sexe masculin. Les suites de couches sont marquées par un épisode fibrinolytique, rapidement enrayé par la thérapeutique.

5°/ RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Au total, on relève 19 dossiers concernant ce sujet. Cela représente un taux de 0,85 % des cas.

Voici un dossier intéressant, car peu courant aujourd'hui.

Madame B... Hélène, 22 ans, deuxième pare, deuxième geste, a perdu son premier enfant, par suite d'un syndrome toxémique. Elle arrive en urgence, enceinte de six mois, porteuse d'un syndrome fébrile à 40° 9. Il n'y a pas de bruits du coeur et le toucher montre l'absence de toute membrane. Le col est totalement effacé et la dilatation est de 5 cm. Deux heures après, la femme met au monde un enfant de sexe masculin, mort-né non macéré, pesant 1,350 Kg. La délivrance est spontanée et complète. On pratique une révision utérine de sécurité. Trois hémocultures sont pratiquées, à une heure d'intervalle chacune, et elles permettent de mettre en évidence du colibacille. L'antibiothérapie massive, commencée juste après l'accouchement, est adaptée aux résultats biologiques. En trois jours, l'apyrexie s'installe définitivement. En reprenant l'interrogatoire à postériori, on apprend que la femme, après un long voyage en voiture, s'était soudain sentie mouillée, mais qu'elle n'avait pas fait attention à cet incident. De ce fait, on avait la clé du diagnostic.

6°/ AVORTEMENT

Il est bon de rappeler que le service sur lequel a été fait cette statistique, était pendant les années 1967, 1968 et 1969 une simple maternité. Il a été transformé en 1970 en service de Gynécologie-Obstétrique et, c'est uniquement, à partir de ce moment qu'il a reçu des femmes enceintes de moins de 3 mois, en hospitalisation pour des avortements. D'ailleurs, dans le numérotage des dossiers, ceux-ci sont enregistrés à part, sous la rubrique Gynécologie.

Il y a eu en 1970 35 admissions pour avortement ou menace d'avortement. Parmi ces dossiers, il n'y a rien de particulier à signaler.

7°/ HEMORRAGIES

A/ Avant le 6ème mois (non compris les avortements)

1967 :	n°	237	285	391		
1968 :	n°	175	253	526		
1969 :	n°	4	130	345	423	502
1970 :	n°	18	271	451		

B/ Après le sixième mois

1967 :	n°	147	177	190	341
1968 :	n°	75	222	339	401
1969 :	n°	244	356	429	431
1970 :	n°	51	234	447	

Dans les dossiers cités dans cette seconde rubrique figurent tous les dossiers répertoriés ailleurs pour la raison étiologique de ces hémorragies.

ANOMALIES PELVIENNES

1°/ BASSIN GENERALEMENT RETRECI

1967 : ..... n° 68
1968 : ..... n° 2 236 565
1969 : ..... n° 47 133 481
1970 : ..... n° 226 312

2°/ LUXATION INTRA PELVIENNE DE LA TETE DU FEMUR

1969 : ..... n° 103

Ce dossier a été précédemment décrit dans la rubrique "traumatismes".

AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES ANTERIEURES

1°/ TUMEURS UTERINES

A/ Tumeurs Bénignes (Fibromes)

1967 : ..... n° 267 551
1968 : ..... n° 185 522
1969 : ..... n° 35 477
1970 : ..... n° 354

B/ Tumeurs Malignes

Aucun cas relevé.

2°/ TUMEURS ANNEXIELLES (Kyste de l'ovaire)

1967 : ..... n° 471
1970 : ..... n° 452

3°/ MALFORMATIONS GENITALES

1968 : ..... n° 362

Madame F... Denise, 23 ans, a présenté dans ses antécédents plusieurs avortements vers 2 mois 1/2; puis vers 3 mois, puis vers 3 mois 1/2. Elle arrive dans le service, enceinte de 4 mois, pour menace d'avortement, qui, malgré la thérapeutique, s'effectue trois jours après. Lors du curage évacuateur, on se rend compte qu'il existe une cloison médiane dans le vagin.

On reconvoque la femme, six semaines après, et on pratique une hystérographie qui montre l'existence d'un utérus bicorne bicervical.

4°/ INFECTION GENITALE

1967 : ..... n° 504
1968 : ..... n° 6 369
1969 : ..... n° 157 485
1970 : ..... n° 236

Dans tous les cas relevés, il s'agissait d'infection non spécifique.

5°/ INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES ANTERIEURES

A/ Curetage (digital ou instrumental)

Au total, on relève 215 dossiers soit 10,66 % des cas.

B/ Myomectomie

1967 : ..... n° 267 551
1968 : ..... n° 185 522
1969 : ..... n° 35 477
1970 : ..... n° 354

C/ Kystectomie

1967 : ..... n° 471
1970 : ..... n° 452

D/ Opération de STRASSMAN

1969 : ..... n° 512

E/ Salpingectomie pour Grossesse extra-utérine

1967 : ..... n° 35
1970 : ..... n° 114

F/ Chirurgie de la stérilité

Dans ce cas, il s'agisseit d'une résection cunéiforme des ovaires, pour un syndrome de STEIN LEVENTHAL.

1969 : ..... n° 247

Ce cas fut une réussite, puisqu'il fut suivi d'une grossesse, six mois après l'intervention.

- A C C O U C H E M E N T

1°/ Circonstances de l'Accouchement

2°/ Présentations

3°/ Interventions

4°/ Accidents du Travail

5°/ Accidents de la délivrance.

CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT

1°/ ACCOUCHEMENT NORMAL A TERME

Est considéré comme accouchement normal à terme, tout accouchement survenant entre la 38ème et la 41ème semaine après les dernières règles et se déroulant dans des conditions parfaites d'autocie.

Ainsi, il a été relevé durant ces quatre années 1436 cas, ce qui représente un taux de 67,86 %.

2°/ ACCOUCHEMENT PREMATURE

Est considéré comme accouchement prématuré, tout accouchement survenant avant la 38ème semaine qui suit les dernières règles et faisant naître un enfant qui pèse moins de 2,500 Kgs.

Cette étude a permis de noter 362 cas, soit un taux de 17,10 %.

3°/ SOUFFRANCE FOETALE

La modification des bruits du coeur foetal et la présence d'un liquide amniotique de couleur méconiale sont les deux signes principaux de ce diagnostic. Cela implique donc très certainement de nombreux diagnostics par excès.

On relève au total 195 cas, soit 9,21 %.

Madame R... Bernadette, 27 ans, deuxième pare, arrive dans le

service en travail. Le travail évolue déjà depuis plus de douze heures. L'examen montre une hauteur utérine à 33 cm, une présentation du sommet en O.I.G.A. engagée à la partie supérieure du bassin et un col épais dilaté à 4 cm. L'auscultation des bruits du coeur foetal est normale. Le travail se poursuit. La parturiente est régulièrement examinée par la sage-femme. Deux heures après, le travail a peu évolué ; la sage-femme rompt les membranes et obtient du liquide amniotique, en faible quantité, couleur purée de pois. Elle décide d'activer le travail, grâce à une perfusion lente d'ocytocine. Une heure après, la dilatation est de neuf centimètres, mais apparaît une brutale et intense bradycardie. On décide alors de hâter l'expulsion. Dès que la tête est sur le périnée, on installe un vacuum extractor et on extrait un enfant du sexe masculin pesant 4,150 Kgs, qui crie aussitôt et qui présente un score d'APGAR à ... 10 !!!

4°/ TERME DEPASSE

Est considéré comme terme dépassé, tout accouchement qui survient plus de 40 semaines après le premier jour des dernières règles. N'ont été retenus que les dossiers où la date des dernières règles avait pu être précisée de façon formelle.

On a relevé au total 85 cas, ce qui représente un taux de 4,01 %.

5°/ ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES

Il s'est produit durant la période concernée par cette étude, 22 accouchements gemellaires dans le service. Cela représente une fréquence de 1,04 % des naissances.

Voici un dossier intéressant, parmi ceux-ci.

Madame P... Jacqueline, 23 ans, deuxième geste, arrive dans le service. Elle n'a pas été suivie durant sa grossesse. L'examen met en évidence une grossesse gémellaire probable, mais, pour plus de sûreté, on demande un cliché radiologique. Celui-ci confirme le diagnostic et montre un premier

jumeau en présentation céphalique et un deuxième jumeau, en présentation du siège.

On laisse évoluer le travail. Le premier jumeau naît sans problème. Aussitôt le premier accouchement effectué, on rompt la deuxième poche des eaux et on a la surprise de constater que le deuxième jumeau s'est mis en position transverse. On pratique alors une version podalique, suivie d'une grande extraction du siège.

Les deux jumeaux sont du sexe masculin, le premier pèse 2,770 Kgs avec un APGAR à 10, le deuxième 2,430 Kgs avec un APGAR à 8 à la naissance et à 10 au bout de une minute. L'étude du placenta montrant notamment qu'il s'agit d'un placenta monochorial diamniotique avec des anastomoses vasculaires, permet de poser le diagnostic de grossesse gémellaire uniovulaire.

6°/ MEDICATIONS DU TRAVAIL

Il est inutile de dresser une liste exhaustive en citant tous les dossiers où diverses médications ont été employées. Néanmoins, afin de se faire une idée, le pourcentage d'emploi des différentes drogues présente un intérêt. Toutefois, il ne faut tirer des conclusions de ces chiffres, car ils reflètent, en fait, beaucoup plus des habitudes personnelles que des nécessités thérapeutiques.

On a eu recours au deux catégories de drogues courantes en Obstétrique.

a) Les ocytociques

1/ Extrait de post-hypophyse

Employé abondamment ces dernières années, il a vu son utilisation régresser devant l'ocytocine synthétique pour deux raisons :

- son activité inconstante due au fait que les ampoules avaient une concentration variable en hormone ocytocique.
- une tendance à provoquer des accès d'hypertension artérielle.

Son utilisation est notée dans 142 dossiers, soit 6,71 %.

2/ Ocytocine synthétique

Employée toujours désormais, aux lieu et place de l'extrait de post-hypophyse.

Son utilisation est relevée dans 307 dossiers. Cela représente une fréquence de 15,92 %.

Mais il faut faire une distinction parmi ces dossiers. 54 correspondent à des déclenchements, soit pour terme dépassé, soit pour immunisation foeto-maternelle. cela fait 2,55 %.

Les autres 283 dossiers correspondent à des perfusions en cours de travail, le plus souvent à dilatation complète chez des primipares, soit 13,37 %.

3/ Sulfate de spartéine

D'un emploi beaucoup plus souple, on relève son utilisation dans 468 dossiers, soit 22,11 %.

Il a été utilisé dans 15 cas pour pratiquer des déclenchements, tous pour terme dépassé. Soit 0,70 %.

b) Les antispasmodiques

Les produits sont nombreux dans le commerce. On ne citera dans cette étude que ceux qui ont été employés couramment.

1/ Bromure de N-Butyl hyoscine

C'est celui qui a été employé le plus fréquemment. En effet, son utilisation est notée dans 878 dossiers, soit 41,49 %.

2/ Phloroglucinol

Utilisé dans 448 dossiers, soit 21,12 %.

3/ Tropenziline

Son emploi est relevé dans 359 dossiers, soit 16,99 %.

4/ Isoxuprine

Il a surtout été employé pour traiter les menaces d'accouchement prématuré. On relève son emploi dans 237 dossiers, soit 11,20 %.

5/ Dextrofémine

Ce produit a été peu utilisé dans ce travail. Ce n'est pas par opposition à son égard, mais parce que l'on était habitué a suffisamment d'autres produits. Dans 52 ces, soit 2,45 %, on a eu recours à lui.

6/ Dipropyline

Ce produit a surtout été employé comme antispasmodique de début de travail. Son utilisation est relevée dans 535 dossiers, soit 25,28 %.

7/ "Spasmalgine" (Association de produits)

Pour des raisons aisées à comprendre, son emploi est devenu moins fréquent, en Obstétrique, depuis que le fabricant a retiré la forme suppositoires du marché.

Toutefois, malgré ses défauts, elle a été employée surtout chez les primipares, en début de travail. Son utilisation est relevée dans 272 dossiers, soit 12,85 %.

L'étude de ces dossiers ne permet pas d'affirmer que tel produit est supérieur à tel autre. Ce n'est pas d'ailleurs son but. Elle a montré, par contre que l'on emploie de plus en plus d'antispasmodique. Actuellement la tendance consiste à utiliser les cocktails d'antispasmodiques. Ainsi, déçu par l'activité d'un premier, on a recours à un autre, etc ... On note même une observation où, par moins de cinq antispasmodiques différents ont été utilisés au cours d'un même travail, alors qu'il ne présentait semble-t-il rien d'anormal.

LES PRESENTATIONS

1°/ LA PRESENTATION DU SOMMET

Sur les quatre années étudiées, on relève un total de 2013 présentations du sommet pour 2116 accouchements. Cela représente donc un taux de 95,13 %.

On a fait cependant une distinction, selon la position d'engagement du sommet. On relève donc :

- Occipito Iliaque Gauche antérieure : 1301 cas ou 61,48 %
- Occipito Iliaque Droite Postérieure : 491 cas ou 23,24 %
- Occipito Iliaque Gauche postérieure : 215 cas ou 10,16 %
- Occipito Iliaque Droite Antérieure : 6 cas ou 0,25 %

2°/ LA PRESENTATION DU SIEGE

Cette rubrique a été subdivisée en :

a) Siège décomplété, mode des fesses

b) Siège complet

Aucune autre variété n'a été relevée

a) Siège décomplété, mode des fesses

1967 : ..... n° 17 75 90 94 116 137 164 238 317
360 491 510 534 549 561 (15 cas)

1968 : ..... n° 58 95 104 163 173 210 241 289
374 464 499 522 539 566 (14 cas)

1969 : ..... n° 40 105 144 165 190 294 316 356
383 410 461 474 475 483 (14 cas)

1970 : ..... n° 8 49 92 136 207 270 342 359 409
448 (10 cas)

On note donc un total de 53 présentations du siège, en siège décomplété, mode des fesses, soit un pourcentage de 2,50 %

b) Siège complet

1967 : ..... n° 51 142 171 304 456 (5 cas)
1968 : ..... n° 64 65 164 333 431 (5 cas)
1969 : ..... n° 71 189 273 421 (4 cas)
1970 : ..... n° 130 223 277 360 394 455 (6 cas)

On relève donc 20 cas de Siège complet, soit 0,94 % des cas.

En rassemblant ces deux dernières statistiques, on arrive au total de 73 présentations du siège, soit 3,45 % des naissances du service, pendant la période considérée.

3°/ PRESENTATION DU FRONT

On relève dans cette statistique 4 cas dont un bregma chez un prématuré de 7 mois 1/2 né par voie basse.

1967 : ..... n° 82 413
1968 : ..... n° 316
1969 : ..... n° 181
1970 : ..... n° ---

Soit 0,18 % des naissances.

Le dossier ci-dessous est intéressant, à plusieurs points de vue.

Madame N... Gisèle, 25 ans, troisième pare, trosième geste, a perdu ses deux premiers enfants par prématurité trop importante. En effet, le premier enfant est né au terme de 26 semaines et le second au terme de 29 semaines, après les dernières règles. L'étude de son cas a montré qu'il s'agissait d'une béance isthmique. Lors de cette grossesse, un cerclage du col utérin est pratiqué à la fin du 3ème mois de grossesse. Elle est mise sous antispasmodiques. Malgré cela et le repos, elle perd brutalement les eaux au terme de 33 semaines. Elle est immédiatement hospitalisée. Malgré la thérapeutique, le travail se déclenche spontanément au 6ème jour d'hospitalisation. On est obligé de sectionner le fil. Le travail évolue bien et, brutalement, alors que la dilatation est à 9 cm, on constate que le pôle céphalique s'est engagé en bregma. La descente et la rotation se font bien et, au bout d'une heure et trente minutes, elle met au monde une petite fille de 1,760 Kgs, présentant un score d'APGAR à 7 et qui est aussitôt transférée au centre de prématurés.

4°/ PRESENTATION DE LA FACE

Cinq cas sont relevés dans cette étude :

1967 : ..... n° 170 402
1968 : ..... n° 366
1969 : ..... n° 392
1970 : ..... n° 81

Soit 0,23 % des dossiers, aucune étiologie n'a pu être retrouvée pour ces présentations.

5°/ PRESENTATION TRANSVERSE

1967 : ..... n° 97 273 282 387 445 (5 cas)
1968 : ..... n° 40 188 236 277 438 453 487 516
1969 : ..... n° 119 275 343 505 (4 cas)
1970 : ..... n° 155 222 246 371 (4 cas)

Soit 21 cas ou 0,99 % des naissances.

Cette forte proportion de présentations transverses s'explique dans ce service pour des raisons démographiques. MONTEREAU est une ville qui comprend une importante colonie d'Algériens et de Portugais, chez qui on enregistre une très forte natalité. Cette clientèle est entièrement dévolue au service. Comme on rencontre, plus fréquemment que dans un échantillon moyen de population française, des parturientes de parité élevée, on peut, désormais, ne pas s'étonner de cette plus grande fréquence.

INTERVENTIONS

1°/ FORCEPS

1967 : ..... n° 52 138 327 459 502 (5 cas)
1968 : ..... n° 3 195 391 530 (4 cas)
1969 : ..... n° 81 132 254 287 445 (5 cas)

Tous ces forceps ont été effectués avec le Forceps de Tarnier. En 1970, la modification du service et l'arrivée du Docteur MURITH, qui a introduit de nouvelles méthodes, ont modifié les données en la matière.

1970 : ..... n° 186.

Dans le cas, ci-dessus, il a été posé un forceps de Gilles, après échec d'une ventouse.

Il est donc plus logique d'établir les statistiques séparément, pour ce sujet, après avoir relevé les dossiers de 1970, où l'accouchement s'est terminé par une ventouse.

2°/ VENTOUSE OU VACUUM EXTRACTOR

1970 : ..... n° 21 . 72 130 137 228 256 313 351 385
413 464 (11 cas)

En récapitulant ces deux chapitres, on constate donc que, pour les trois premières années, il y a eu 14 forceps pratiqués pour 1651 naissances, soit 0,84 %, ce qui est fort peu.

1920 : ..... n° 56.

Dans la cour ci-dessus, il a été posé un faucon de Gilles, après
avec d'une ventouse.

Il est venu une jeune d'Ebeldir les électriques séparément,
s'est tirailé par une ventouse.

2°/ [illegible]

1920 : ..... n° 21, 22 [illegible]

En 1970, un seul forceps a été pratiqué pour 465 naissances, soit 0,21 % ... donc, toutes proportions gardées, cela représente une incidence quatre fois plus faible. Par contre, 11 ventouses ont été posées, cela représente une fréquance de 2,36 %.

Ainsi, on peut aisément déduire que, si la ventouse provoque une spectaculaire diminution du nombre de forceps, elle entraîne, par contre, un nombre d'interventions plus grand. Est-ce un bien, est-ce un mal ? Les indications sont-elles toujours posées sans excès ? Il est très difficile d'apporter une réponse.

3°/ EPISIOTOMIE

Elles ont toujours été pratiquées chez des primipares. Cette liste exhaustive ne présente, à vrai dire, aucun intérêt. On a relevé 230 dossiers où il est fait mention d'une épisiotomie, soit 10,87 %. Mais, pour avoir un meilleur facteur d'appréciation, il serait plus juste de rapporter ce chiffre au nombre d'accouchements de primipare. En effet, nous avons relevé 704 naissances de premier enfant sur 2116 naissances. (Les primipares et les secondipares accouchant pour la première fois par voie basse ont été incluses dans ce chiffre). On peut donc dire que 32,67 % des primipares ont du subir une épisiotomie.

Ce chiffre est instructif, mais, en fait, il n'a aucune valeur statistique. En effet, les diverses personnes qui ont pratiqué les accouchements dans le service, (Médecin-Chef, Internes, Sages-Femmes, Etudiants en Médecine) ayant des habitudes très différentes, on ne peut tirer, de ce fait, aucune conclusion.

Cependant, on peut remarquer qu'il s'est établi une moyenne. Certains auteurs prônent l'épisiotomie systématique chez la primipare, d'autres affirment qu'une déchirure spontanée du périnée donne de meilleurs résultats, après suture, qu'une épisiotomie. On peut affirmer que le but de chacun de ceux qui ont travaillé dans le service, fut d'éviter par, tous les moyens, la déchirure spontanée du périnée, même et surtout en pratiquant des épisiotomies, lorsque cela s'est avéré nécessaire.

4°/ MANOEUVRE DE MAURICEAU

Il est inutile de citer, de nouveau la liste des accouchements par le siège. Tous se sont terminés par une manoeuvre de Mauriceau.

En effet, en relisant les dossiers, on constate que la technique, la plus habituellement suivie, a été celle de Vermelin. Cependant, pour faciliter le dégagement de la tête, et éviter les lésions périnéales, cette manoeuvre a été effectuée systématiquement.

On pourra donc se reporter à la rubrique concernant cette présentation.

5°/ DYSTOCIE DES EPAULES

Nous n'avons relevé, sous cette rubrique, que les dystocies franches, où il a fallu plus d'une minute pour extraire la ceinture scapulaire, après l'accouchement de la tête.

1967 : ..... n° 26 192 467 524 (4 cas)
1968 : ..... n° 217 342 478 520 (4 cas)
1969 : ..... n° 75 126 (2 cas)
1970 : ..... n° 12 65 189 251 373 437 (6 cas)

Soit au total, 16 cas ou 0,75 %

6°/ VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES

Seulement deux indications ont été posées pour la version par manoeuvres externes.

a) La présentation transverse chez la grande multipare
b) La présentation du siège chez la primipare.

a) La présentation transverse chez la grande multipare

1967 : ..... n° 273 282 445

1968 : ..... n° 188 236

1969 : ..... n° 343

1970 : ..... n° 222 246

Sur huit tentatives, 3, malgré la contention artificielle, se sont soldées par des échecs.

b) La présentation du siège chez la primipare

Nous ne parlons ici que des présentations diagnostiquées, lors de la dernière consultation prénatale, ou antérieurement à celle-ci.

1967 : ..... n° 116 317 456

1968 : ..... n° 58 164 173 539

1969 : ..... n° 105 475

1970 : ..... n° 8 394 409

Sur 13 tentatives, 10 se sont avérées impossibles. 3 ont pu être réussies et seulement 1 est restée en position céphalique.

On voit donc que, dans l'ensemble, c'est un procédé, au résultat assez décevant.

7°/ VERSION PAR MANOEUVRES INTERNES OU VERSION PODALIQUE

On ne relève qu'un seul dossier.

1968 : ..... n° 516

L'observation est résumée dans la rubrique grossesse gémellaire. Il s'agissait, en effet, dans ce cas, d'un deuxième jumeau, en position transverse.

8°/ GRANDE EXTRACTION DU SIEGE

Une seule observation qui est la même que celle citée au paragraphe précédent.

9°/ OPERATIONS CESARIENNES

Pour faire cette étude, nous avons, dans un premier temps, relevé tous les dossiers, puis nous avons essayé de classer ceux-ci, selon les indications opératoires.

Au total, on relève 98 opérations sur 2116 naissances, ce qui représente un pourcentage de 4,63 %.

Les indications ont été posées, pour les raisons suivantes :

- Diabète : 11 cas
- Cardiopathie maternelle : 7 cas
- Placenta praevia : 12 cas
- Dystocie dynamique rebelle : 5 cas
- Souffrance foetale en début de travail : 4 cas
- Procidence du cordon : 1 cas
- Terme dépassé chez la primipare : 3 cas
- Présentation du siège : 21 cas
- Présentation du front : 3 cas
- Présentation de la Face : 4 cas
- Présentation transverse : 15 cas
- Bassin généralement rétréci : 13 cas
- Luxation intra-pelvienne de la tête fémorale : 1 cas

Deux césariennes ont été pratiquées pour une double indication :

a) Une chez une femme diabétique ayant un bassin généralement rétréci.
b) Une chez une troisième pare qui avait un bassin généralement rétréci et une présentation transverse.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1°/ ANOMALIES DE DILATATION

On a regroupé sous cette rubrique essentiellement les cas de dystocie dynamique qui ont été rencontrés. La majeure partie de ceux-ci ont cédé à la thérapeutique qui a été, à priori, la perfusion intra-veineuse lente d'Ocytocine synthétique. Cinq cas ont été rebelles et ont abouti à la pratique d'une opération césarienne.

1967 : ..... n° 23 66 78 111 124 152 175 193 207
223 246 251 265 322 343 407 419
435 444 487 495 517 538 547

1968 : ..... n° 9 22 39 78 84 113 166 172 181
192 234 246 268 295 300 305 365
402 432 480 489 497 520 536 553

1969 : ..... n° 3 61 87 106 135 175 178 192 221
249 266 274 317 350 379 401 435
439 447 485 494 507 513

1970 : ..... n° 53 68 86 131 145 174 182 188 193
203 267 298 325 354 379 392 408
433

On relève donc, au total, 92 dossiers, soit un pourcentage de 4,34%. Citons ces deux observations.

n° 1 : Madame J... Sylvie, 23 ans, primipare, primigeste, arrive dans le service en début de travail. La grossesse a évolué normalement et les données de l'examen d'entrée sont satisfaisantes. Sa dilatation est de 2 cm,

la tête est fixée en O.I.G.A. au détroit supérieur. Le travail évolue de façon satisfaisante et à un rythme régulier, jusqu'à une dilatation de 6 cm. Ensuite, 4 heures passent, les contractions utérines deviennent irrégulières et la dilatation semble stoppée. On pose donc une perfusion intra-veineuse lente d'ocytocine à raison de 5 unités dans un flacon de 500 cc de sérum Glucosé Isotonique à 5%. On injecte, directement dans la tubulure, une ampoule de bromure de N-butyl hyoscine. Une heure après, la dilatation est complète et l'accouchement se termine normalement.

n° 2 : Madame B... Marie-Louise, 19 ans, primipare, primigeste, entre dans le service en début de travail. La grossesse a évolué normalement et les données de l'examen d'entrée sont satisfaisantes. L'examen montre qu'il s'agit d'une présentation céphalique avec un col effacé à 50 %. Deux heures après, la dilatation est à 4 cm. A la sixième heure, la dilatation est à 6 cm. A la huitième heure, et à la 9ème il n'y a aucun changement. On décide de pratiquer une perfusion d'Ocytocine. Mais, malgré le débit lent, apparait au bout de 20 minutes, une hypertonie utérine. On arrête la perfusion et on administre des antispasmodiques à dose massive. Devant la non modification de la dilatation, on décide de pratiquer une intervention césarienne qui permet d'extraire un enfant vivant, mais présentant un APGAR à 3 à la naissance, à 5, une minute après, et à 10 après 2 minutes de réanimation.

2°/ PROCIDENCE DU CORDON

Dans cette étude, il n'a été relevé qu'un seul cas. Le voici.

Madame R... Jeanine, 24 ans, troisième pare, quatrième geste, entre dans le service en travail. L'examen montre une dilatation à 5 cm, une poche des eaux bombante. La présentation est céphalique, non accomodée au détroit supérieur. Les contractions utérines surviennent toutes les 4 minutes et durent 1 minute et trente secondes. Brutalement, les membranes se rompent et une grande quantité de liquide amniotique est évacué. A l'examen qui suit, on découvre le cordon ombilical dans le vagin. Comme il bat faiblement, on décide d'extraire immédiatement l'enfant par voie haute. Ainsi, on extrait un enfant du sexe féminin qui crie, après deux minutes de réanimation.

3°/ DECHIRURE DU PERINEE

Peu de cas ont été relevés dans cette étude, car on a pratiqué une épisiotomie, à la moindre alerte.

Ce chapitre a été divisé en quatre parties.

a) Déchirures partielles du périnée
b) Déchirures complètes du périnée
c) Déchirures compliquées du périnée
d) Suture périnéale à distance.

a) Déchirures partielles du périnée

Au total, on a relevé 67 cas, soit un pourcentage de 3,16 %.

b) Déchirures complètes du périnée

Deux cas, soit 0,09 % des dossiers étudiés.

c) Déchirures compliquées du périnée

Un seul cas :

1967 : ..... n° 70

Madame L... Monique, 22 ans, 2ème pare, 3ème geste, a eu un travail normal. On note la pratique d'une épisiotomie lors du premier accouchement, suturée en trois plans. Au moment de l'expulsion, elle produit un effort expulsif brutal, si bien que la tête franchit la vulve d'un seul coup. Malheureusement, on constate qu'il existe une déchirure compliquée. Suture au catgut chromé sur la muqueuse rectale, le sphincter anal, la muqueuse vaginale, le plan musculaire. Suture cutanée au nylon. Suites excellentes, les fils cutanés sont enlevés au 8ème jour.

d) Suture périnéale à distance

1970 : ..... n° 437 bis

Madame G... Maria, 24 ans, a accouché 4 fois au Portugal, dont elle est originaire. Elle est admise dans le service, pour réfection de son périnée. En effet, les données de l'interrogatoire ont montré que celui-ci n'aurait pas été suturé, après la déchirure provoquée par chaque accouchement.

On notait la présence d'une large communication recto-vaginale.

L'intervention a permis de reconstituer une anatomie presque normale. Les suites ont été excellentes et n'ont pas été marquées, dès la reprise du transit, par une quelconque incontinence ; les suites, à distance, demeurent, pour le moment, ignorées.

4°/ RUPTURE UTERINE

1967 : ..... n° 358

Madame R... Danièle, 3ème para, 3ème geste, accouche dans le service. On note, dans ses antécédents, une césarienne pratiquée, lors de son premier accouchement, car "son utérus ne s'ouvrait pas" (Intervention pratiquée en Auvergne, région d'où elle était originaire).

On pratique une révision utérine systématique qui montre une déhiscence totale de la cicatrice d'hystérotomie antérieure. On décide d'intervenir, par voie haute, et on constate que la suture avait lâché. Pas d'hémorragie. On se contente donc de reprendre la suture. Suites simples.

5°/ PATHOLOGIE DE LA DELIVRANCE

A/ Délivrance Artificielle

Chaque fois que le placenta n'était pas décollé spontanément, trente minutes, après l'accouchement, il a été pratiqué une délivrance artificielle.

Au total, on relève 43 cas, soit 2,03 % des accouchements.

B/ Révision utérine

Toute délivrance artificielle a été suivie d'une révision utérine systématique.

En outre, on relève quelques dossiers, où a été pratiquée une révision utérine, après une délivrance spontanée.

- Vérification d'utérus cicatriciel
- Délivrance paraissant incomplète
- Hémorragies de la délivrance.

a) Vérification d'utérus cicatriciel

On a relevé selon la catégorie les cas de révision utérine, pour utérus cicatriciel. Cela donne le résultat suivant.

- Césarienne antérieure : 17 cas
- Myomectomie : 7 cas
- Opération de Strassman : 1 cas

b) Délivrance ne paraissant pas complète

On n'a retrouvé cette indication que dans quatre dossiers.

c) Hémorragie de la délivrance

Deux dossiers, mais ils sont exposés longuement dans le chapitre suivant.

Au total, cela représente 31 dossiers de révision utérine, soit une incidence de 1,46 % des accouchements.

C/ Hémorragies de la Délivrance

Comme il l'a été indiqué ci-dessus, il a été relevé deux dossiers.

Un par coagulation intra vasculaire disséminée
Un par fibrinolyse aiguë

1968 : ..... n° 236

Madame A... Simone, 29 ans, 3ème pare, est admise dans le service. Elle présente dans ses antécédents deux césariennes aux deux précédents accouchements, pour bassin généralement rétréci. On décide donc de pratiquer une troisième césarienne, qui sera suivie d'une ligature résection des trompes. Dès le début du travail, elle est transférée en salle d'opérations. L'intervention se déroule dans les circonstances normales et, une demi-heure après l'intervention, la femme est remise dans son lit. Deux heures après son retour dans sa chambre, apparaissent des hémorragies diffuses s'extériorisant à la vulve, au niveau de la cicatrice de laparotomie et à l'intérieur du péritoine. On pratique une révision utérine qui ne ramène que des caillots. On transfuse massivement et on étudie la coagulation. Le fibrinogène est effondré, mais le thromboélastogramme et le test de Von Kaula sont normaux. Malgré une surveillance permanente et une thérapeutique massive, la femme décède 6 heures après l'intervention. On conclut à une coagulation intravasculaire disséminée sur les deux arguments suivants :

- Non modification du test de Von Kaula
- Non réponse à l'enzymothérapie massive.

1969 : ..... n° 177

Madame C... Evelyne, 21 ans, primipare, primigeste, arrive en urgence dans le service enceinte de 7 mois et demi, pour une histoire typique d'hématome rétro-placentaire, survenue brutalement. A son arrivée dans le service, on constate que le foetus est mort. On rompt la poche des eaux, on installe une perfusion intra-veineuse d'Ocytocine. L'évacuation utérine est obtenue deux heures après l'admission de la femme dans le service.

Délivrance spontanée et l'examen du placenta confirme le diagnostic. Trois heures après son accouchement, la femme se choque brutalement et son utérus se remplit de sang. Le globe utérin se retrouve brutalement au-dessus de l'ombilic ; on transfuse massivement, on pratique une enzymothérapie intensive, et on prélève du sang, pour faire des examens.

On note :

- Une redissolution rapide du caillot
- un test de Von Kaula positif

permettant de faire le diagnostic de fibrinolyse aiguë.

Malgré la thérapeutique, la femme meurt au bout de trois heures, dans un syndrome de choc et d'hémorragie méningée.

- POST PARTUM

1°/ Suites de Couches Fébriles

2°/ Phénomènes Thrombo-emboliques

3°/ Infactions mammaires.

SUITES DE COUCHES FEBRILES

Sous cette rubrique, ne sont retenues que les fièvres observées, lors des suites de couches, et qui n'ont pas été rattachées à un phénomène précis. Ainsi les fièvres dues à la maladie thrombo-embolique ou à une infection mammaire ont été étudiées dans des chapitres séparés. Elles représentent encore aujourd'hui les formes les plus fréquentes des suites de couches fébriles.

Au total, on relève 85 dossiers, ce qui représente 4,01 % des cas.

Cependant, il est un phénomène intéressant que permet de mettre en valeur cette étude. Dans tous les dossiers relevés, il s'agissait d'endométrite. Ce n'est certes plus un problème avec l'antibiothérapie disponible aujourd'hui. Il est néanmoins très curieux de remarquer que toutes les manoeuvres endo-utérines, que nous avons effectuées, ont été suivies d'endométrite.

Il faut donc faire ici son mea culpa. Ainsi doit-on constater qu'on ne prend jamais assez de précautions d'asepsie. Alors que toutes ces manoeuvres devraient bénéficier d'une asepsie chirurgicale, on se contente trop souvent d'un rapide lavage des mains, de gants d'une stérilité douteuse et de conditions de travail inadaptées, etc ... C'est, certes, un très gros problème (personnel, matériel, etc ...), mais si on commençait par être plus rigoureux avec soi-même, peut-être aurait-on moins de surprises désagréables.

PHENOMENES THROMBO-EMBOLIQUES

Ce chapitre est divisé en quatre sous-chapitres et on étudiera successivement :

1°/ Les Phlébites du Système veineux superficiel
2°/ Les Phlébites du Système veineux profond
3°/ Les Phlébites pelviennes
4°/ Les phénomènes thrombo-emboliques évolués.

1°/ LES PHLEBITES DU SYSTEME VEINEUX SUPERFICIEL

Sous cette rubrique, on a relevé tous les cas baptisés "para-phlébites", "périphlébites", etc ... Cela représente un total de 291 cas, soit un pourcentage de 13,75 % des accouchements.

2°/ LES PHLEBITES DU SYSTEME VEINEUX PROFOND

Elles sont évidemment beaucoup moins fréquentes que les phlébites superficielles.

1967 :	n°	37	73	115	184	193	276	370	492
1968 :	n°	86	110	179	222	250	295	356	432
		504	550						
1969 :	n°	60	135	190	273	346	422	510	
1970 :	n°	171	236	351	395	444			

Au total, cela représente 30 cas ou 1,41 % des accouchements. Ces cas se sont tous bien amendés, sous thérapeutique.

3°/ LES PHLEBITES PELVIENNES

1967 : ..... n° 240 468
1968 : ..... n° --------
1969 : ..... n° 330
1970 : ..... n° 441

Ces cas se sont, eux aussi, soldés par une guérison, grâce à une thérapeutique très sévère, mais la résolution du phénomène a été beaucoup plus longue à obtenir.

4°/ PHENOMENES THROMBO-EMBOLIQUES EVOLUES

On ne relève qu'un seul dossier.

1967 : ..... n° 475

Madame D... S... Maria, 27 ans, 7ème pare, 8ème geste, accouche normalement, à terme, dans le service. Les suites de couches se déroulent normalement et la femme retourne chez elle au 8ème jour, en bonne santé. Quatre jours après, elle est admise dans le service de médecine pour une brutale douleur de l'hypochondre droit, avec vomissements noirâtres. Après avoir éliminé une histoire abdominale, les examens permettent de conclure qu'il s'agit d'une embolie pulmonaire. Heureusement, la thérapeutique anti-coagulant permet de résoudre rapidement le problème.

INFECTIONS MAMMAIRES

Ce chapitre a été subdivisé en trois paragraphes qui permettront d'étudier successivement :

1°/ Les crevasses
2°/ Les lymphangites
3°/ Les abcès du Sein.

1°/ LES CREVASSES

Elles sont encore très fréquentes et, manifestement, elles sont dues à un manque d'hygiène notoire des mères, dans la plupart des cas.

Dans cette étude, on a relevé 256 cas, soit 12,09 % des accouchements. Mais, ce qui est plus intéressant à noter, cela représente pas loin du tiers des femmes qui ont allaité leur enfant, comme nous le verrons plus loin.

2°/ LES LYMPHANGITES

On en a relevé quelques cas, mais beaucoup moins nombreux, en pourcentage, que ceux relevés dans les ouvrages classiques. Tous les cas ont été consécutifs à des crevasses.

1967 : ..... n° 25 82 98 135 161 182 219 258 313
362 375 395 422 446 492 513 554

1968 : ..... n° 12 45 78 104 173 187 227 241 292
307 342 363 385 413 459 492 513
537 570

1969 : ..... n° 47 77 92 138 159 172 217 244 273
327 372 426 434 457 484 506

1970 : ..... n° 32 70 80 154 192 238 277 311 364
379 402 444

Cela représente, au total, 65 cas ou 3,07 % des cas.

3°/ ABCES DU SEIN

On ne relève qu'un seul cas.

1970 : ..... n° 263

Madame M... Annick, 28 ans, 2ème pare, accouche normalement dans le service. Elle décide d'allaiter son enfant, comme elle l'avait déjà fait pour son premier. Tout se passe bien et, au huitième jour, alors que l'on s'apprêtait à lui donner l'autorisation de sortir, elle se plaint d'une douleur dans le sein droit. L'examen montre une voussure douloureuse sur le quadrant supéro-externe et fluctuante. On est obligé de pratiquer une incision et l'abcès se nettoie en 6 jours. Evidemment, l'allaitement maternel a dû être interrompu et remplacé par le biberon.

MORTALITE ET MORBIDITE PERINATALE

- P O I D S A L A N A I S S A N C E

1°/ Poids Inférieur à 2500 grammes

2°/ Poids compris entre 2500 at 4000 grammes

3°/ Poids supérieur à 4000 grammes.

POIDS INFERIEUR A 2500 GRAMMES

Pour cette partie du travail, on a adopté les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)

Est considéré comme prématuré, tout enfant dont la naissance survient moins de 38 semaines, après les dernières règles et qui pèse moins de 2500 grammes.

Dans cette catégorie, on relève 130 cas, ce qui représente 6,14 % des enfants nés dans le service, pendant la période considérée.

POIDS COMPRIS ENTRE 2500 ET 4000 GRAMMES

Cette catégorie représente le plus souvent les enfants issus d'un "accouchement normal à terme".

Dans ce travail, on a relevé 1900 naissances donnant des enfants appartenant à cette catégorie. Ces dossiers sont répartis de la façon suivante :

1967 : ..... 507 dossiers sur 564 naissances
1968 : ..... 512 dossiers sur 570 naissances
1969 : ..... 463 dossiers sur 517 naissances
1970 : ..... 418 dossiers sur 465 naissances.

Cela représente un pourcentage total de 89,79 % des naissances

POIDS SUPERIEUR A 4000 GRAMMES

Les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé considèrent comme "gros enfant", tout enfant ayant, à sa naissance, un poids supérieur à 4000 grammes, quelque soit, par ailleurs le terme de sa naissance.

Dans cette étude, on a relevé 86 dossiers qui se répartissent ainsi :

1967 : ..... 22 dossiers sur 564 naissances
1968 : ..... 23 dossiers sur 570 naissances
1969 : ..... 22 dossiers sur 517 naissances
1970 : ..... 19 dossiers sur 465 naissances.

Cela représente un pourcentage de 4,06 % des naissances.

- MORTINATALITE

1°/ Morts et macérés

2°/ Morts pendant la grossesse

3°/ Morts pendant le travail.

MORTS ET MACERES

Avant d'étudier plus profondément la mortinatalité, rappelons que, d'après les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé, est considéré comme Mort-né, tout enfant ne manifestant jamais aucun signe de vie, après son expulsion hors de l'utérus. Cependant, au terme de la loi Française, il faut que cette expulsion se soit produit après le 181ème jour de grossesse. Auparavant, il s'agirait d'un avortement.

L'étude des morts nés macérés a permis de montrer que la macération nécessitait un séjour d'au moins 24 heures après la mort foetale, dans l'utérus maternel, pour apparaître.

Cette étude a permis de relever 11 cas de morts nés macérés, soit 0,52 % des naissances.

MORTS PENDANT LA GROSSESSE

Il est difficile de déterminer la séparation exacte entre la fin de la grossesse et le début du travail? On a pris comme séparation, la constatation des modifications cervicales.

1967 : ..... n° 409 505
1968 : ..... n° --------
1969 : ..... n° 108 251
1970 : ..... n° 197

Ici, on relève un enfant mort pendant la grossesse, pour une raison inconnue, un enfant mort in utero, au delà du terme théorique de la grossesse, deux autres sont morts alors que leurs mères étaient porteuses d'une néphropathie gravidique connue. Le dernier est mort, au terme de huit mois, alors que sa mère était diabétique.

MORTS PENDANT LE TRAVAIL

1967 : ..... n° 177 121 424.
1968 : ..... n° 27 339
1969 : ..... n° 431
1970 : ..... n° 140 404

Ces enfants sont morts, soit des suites d'une crise d'éclampsie, soit des suites d'un hématome rétro-placentaire, soit par souffrance foetale.

Cela représente 0,37 % des naissances.

- E N F A N T S V I V A N T S A L A N A I S S A N C E

1°/ Allaitement

2°/ Symptômes anormaux

3°/ Enfants réanimés

4°/ Symptômes neurologiques

5°/ Symptômes hématologiques

6°/ Ictère

7°/ Fractures

8°/ Cardiopathies congénitales

9°/ Malformations

10°/ Syndromes Digestifs.

ALLAITEMENT

On a évidemment distingué deux rubriques : l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel. Il va de soi que la rubrique "allaitement maternel" comprend tous les enfants nourris au lait maternel, même si ce n'est pas au sein de leur mère.

1°/ Allaitement Maternel

On relève au total 663 cas d'allaitement maternel, ce qui représente un pourcentage de 31,20 %.

2°/ Allaitement Artificiel

Il y a donc eu 1429 enfants qui, par contre, ont reçu un allaitement artificiel, soit 68,79 %.

Cette statistique appelle quelques remarques.

On constate une brutale diminution du nombre des femmes qui allaitent ; les raisons sont diverses. Il existe, c'est un fait indéniable, une campagne qui se fait de bouche à oreille entre les parturientes, contre l'allaitement. Tout le monde sait à quel point une femme enceinte est influençable et, ainsi, il est aisé de comprendre cette défaveur.

Il est indéniable aussi que, grâce à l'agressivité de la publicité, nombreuses sont les femmes qui se dépêchent d'interrompre un allaitement entrepris un peu à contre coeur, pour faire plaisir à l'accoucheur.

La qualité de l'allaitement maternel est incontestable, mais on est obligé d'admettre, cependant, que l'allaitement artificiel a atteint une qualité excellente. Dans ces conditions, il est très difficile de faire admettre aux jeunes mamans la supériorité de l'allaitement maternel.

SYMPTOMES ANORMAUX

1°/ Cyanose

La cyanose se définit comme une concentration d'oxyhémoglobine inférieure à 5 grammes pour 100 ml. Elle est un signe indéniable de souffrance chez un enfant ne présentant pas de malformations.

On a relevé ainsi 113 dossiers, soit un pourcentage de 5,34 %.

2°/ Mort apparente du nouveau-né

a) Syncope bleue

1967 : ..... n° 17 41 275 387 499 522
1968 : ..... n° 75 242 321 429 555
1969 : ..... n° 127 346 509
1970 : ..... n° 58 136 286 427

B° Syncope blanche

1968 : ..... n° 135
1969 : ..... n° 247

Dans ces deux derniers cas, les enfants n'ont pu être réanimés. La réanimation a été interrompue, après dix minutes de vains efforts.

3°/ Emission méconiale à la naissance

On relève ce signe dans 187 dossiers, soit 8,83 % des cas. Il a été impossible de déterminer la signification de ce phénomène, car tous les enfants ont évolué de façon satisfaisante.

ENFANTS REANIMES

1°/ Enfants réanimés ayant survécu

1967 : ..... n° 17 41 275 499 522
1968 : ..... n° 242 321 429 555
1969 : ..... n° 127 346 509
1970 : ..... n° 136 286

Soit 14 cas ou 0,66 % des cas.

2°/ Enfants décédés, malgré la réanimation

1967 : ..... n° 387
1968 : ..... n° 75 135
1969 : ..... n° 247
1970 : ..... n° 58 427

Soit 6 cas ou 0,28 % des naissances.

Cette dernière rubrique serait plutôt à insérer, dans la mortalité néonatale, mais il a paru utile, malgré le défaut apparent de logique, d'insérer ici ce paragraphe, car il était impossible de dissocier les deux.

SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES

Cette rubrique est constituée de deux sous-chapitres :

- L'un prédominant : les hémorragies méningées du nouveau-né,
- l'autre moins important : les lésions des gros troncs nerveux qui, dans cette étude, se résument à la paralysie du plexus brachial.

1°/ Les Hémorragies méningées du Nouveau-né

1967 : ..... n° 36
1968 : ..... n° --
1969 : ..... n° 244 429
1970 : ..... n° 447

Sur ces quatre cas, trois enfants sont nés par césarienne pratiquée pour placenta praevia, bien avant terme. Ces enfants étaient des prématurés de 7 mois 1/2 environ qui avaient subi un état d'anoxie important et prolongé. Le quatrième cas est d'origine inconnue.

2°/ Paralysie du plexus brachial

1968 : ..... n° 164

Dans ce dossier, il s'agissait d'une présentation du siège complet. L'accouchement du siège et du tronc se déroulèrent normalement, mais il y eut alors un relèvement des bras. L'accoucheur dut aller chercher les bras et, malheureusement, provoqua une élongation du plexus brachial. Lorsque l'enfant regagna son domicile, il commençait à récupérer.

Cette rubrique est composée de deux sous-rubriques :

- L'une rédactionnelle : les Rencontres littéraires du nouveau-né.
- L'autre moins importante : les Petites mes plus étroits voisins

SYMPTOMES HEMATOLOGIQUES

Sous cette rubrique, deux phénomènes seront décrits :

- La bosse séro-sanguine,
- le céphalhématome.

1°/ La Bosse séro-sanguine

Au total, on a relevé 220 cas de bosse séro-sanguine. Cela représente un pourcentage de 10,39 % des cas.

2°/ Le Céphalhématome

1967 : ..... n° 40 426 518
1968 : ..... n° 215 322 410
1969 : ..... n° 150 252
1970 : ..... n° 75 160 450

Au total, cela représente, 11 cas, soit un pourcentage de 0,52 %.

ICTERE

On distinguera les ictères précoces, survenant dans les vingt quatre premières heures, et les ictères secondaires.

1°/ Les Ictères précoces

1967 : ..... n° 20 413
1968 : ..... n° 340
1969 : ..... n° ---
1970 : ..... n° 201

Sur ces quatre cas relevés, deux ont été transférés et exsanguinés les deux autres ont fait des ictères qui ont été surveillés sur place, mais l'importance du taux de bilirubine n'a jamais nécessité leur transfert. Dans tous les cas, il s'agissait d'immunisation foeto-maternelle dans le système rhésus.

2°/ Les Ictères secondaires

Ici nous distinguerons deux cas :

a) Ictère par incompatibilité foeto-maternelle dans le système A.B.O.

1970 : ..... n° 88 432

Dans les deux cas, il s'agit d'incompatibilité O.B. L'ictère est apparu au 3ème jour, est devenu maximum au 6ème jour, atteignant 165 mg et 152 mg/litre. Ces ictères ont rapidement régressé, par la suite. Dans les deux cas, les mères étaient des primipares et il fut impossible, outre les

vaccinations, de découvrir une sensibilisation quelconque.

b) Ictère dit physiologique

On relève dans cette étude 357 cas, soit un pourcentage de 12,14 %.

Aucun cas d'ictère prolongé n'est à signaler.

FRACTURES

On ne relève qu'un cas, dans nos dossiers :

1969 : ..... n° 104

Madame S... Catherine, 17 ans, primipare, primigeste, entre dans le service, en travail. On pose le diagnostic de présentation du siège. L'accouchement se déroule normalement et, à l'examen néo-natal, on découvre une voussure de l'épaule droite. On pratique une radio qui montre une fracture de la clavicule au 1/3 externe - 2/3 interne.

L'enfant est maintenu avec le bras dans le dos, et, au bout de quinze jours, le contrôle montrait une consolidation satisfaisante.

CARDIOPATHIES CONGENITALES

1967 : ..... n° 346

Cet enfant, du sexe masculin, pesait 3,720 Kgs à la naissance. La grossesse, le travail et l'accouchement avaient été parfaitement normaux, Il présentait une cyanose persistante et des difficultés, pour s'alimenter. Devant cet ensemble de signes et l'existence d'un gros souffle, à l'examen l'enfant a été transféré dans le service de Pédiatrie. Ce service transfère, lui-même, l'enfant dans un service de Pédiatrie parisien, où est diagnostiqué une Tétralogie de Fallot, par une angiocardiographie.

C'est le seul cas qui est connu dans cette statistique, mais il est possible que d'autres cas soient restés inconnus.

MALFORMATIONS

1°/ Anencéphalie

1968 : ..... n° 71

Ce cas est intéressant, car il fut diagnostiqué, en cours de grossesse. (Voir rubrique hydramnios)

2°/ Hydrocéphalie

1967 : ..... n° 157

Ce cas s'est manifesté par un hydramnios aigu, à 7 mois 1/2.

3°/ Spina Bifida

1969 : ..... n° 412

Il s'agissait d'une Spina Bifida aperta qui fut opérée et ne laissa pas de séquelles.

4°/ Bec de lièvre

1968 : ..... n° 139 224
1970 : ..... n° 115 424

5°/ Division Palatine

1969 : ..... n° 380

6°/ Pied Bot congénital

1967 : ..... n° 36
1969 : ..... n° 237 421

7°/ Syndactylie

1968 : ..... n° 26

Dans ce cas, il s'agit de l'union de l'index et du médius de la main gauche.

SYNDROMES DIGESTIFS

Vomissements incoercibles du nourrisson

1967 : ..... n° 27 85 242 312 509
1968 : ..... n° 110 208 426
1969 : ..... n° 13 195 335 514
1970 : ..... n° 77 89 237 311

Dans la plupart des cas, on a été contraint de pratiquer des examens complémentaires et il s'est avéré :

12 cas de diarrhée infectieuse due à du Colibacille.

4 cas durent diagnostiqués, vers la fin de la troisième semaine, comme étant des sténoses congénitales du pylore.

- MORTALITE NEO NATALE

1°/ Mortalité durant les huit premiers jours

2°/ Mortalité au delà du huitième jour.

MORTALITE NEO NATALE

On entend par mortalité néo natale, la mort d'un nouveau-né survenant après que ce soient manifestés les premiers signes de la vie extra utérine. Cela est donc en opposition avec la mortinatalité. La somme des deux représente la mortalité périnatale qui est le chiffre pris en considération dans les études démographiques.

MORTALITE NEO NATALE DANS LES HUIT PREMIERS JOURS

On relève 22 dossiers où des causes diverses pouvaient être mis en cause. Parmi ceux -ci il y a six enfants morts, malgré une réanimation. Cela fait un taux de mortalité de 10,39 pour mille, ce qui est, semble-t-il, dans la moyenne française.

MORTALITE NEO NATALE AU DELA DU HUITIEME JOUR

Un seul dossier a pu être trouvé dans cette étude. Il s'agit d'un enfant né à 34 semaines par césarienne, pour placenta praevia central, et décédé, 3 semaines après sa naissance, dans des conditions mal élucidées.

- C A U S E S D E L A M O R T

1°/ Maladie des Procréateurs

2°/ Maladies de l'Oeuf

3°/ Anomalies d'insertion

4°/ Malformations Foetales

5°/ Anomalies du Travail

6°/ Cause Inconnue

CAUSES DE LA MORT

La mortalité périnatale, qui est la somme de la mortinatalité et de la mortalité néo natale, s'élève dans cette étude à 39 cas. On a essayé de pratiquer une classification étiologique. Malheureusement, elle est fort incomplète, car le matériel utilisé l'était, lui aussi.

La mortalité périnatale atteint, dans cette étude, le taux de 18,43 pour mille.

MALADIE DES PROCREATEURS

Huit cas : Eclampsie 1 cas, Listériose 1 cas, Néphropathie gravidique sévère 6 cas.

MALADIE DE L'OEUF

Trois cas : Hématome rétro-placentaire 2 cas, Infection ovulaire après rupture prématurée des membranes 1 cas.

ANOMALIE D'INSERTION

Quatre cas : tous des placenta praevia.

MALFORMATIONS FOETALES

Deux cas : Anencéphalie 1 cas, Hydrocéphalie 1 cas

ANOMALIE DU TRAVAIL

Deux cas : tous des souffrances foetales

CAUSES INCONNUES

Dans vingt cas, il a été impossible de trouver un début d'explication à la mort de ces enfants.

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de cette étude, les résultats statistiques appellent quelques commentaires.

La première partie de ce travail a tout particulièrement étudié les affections associées à la grossesse.

Il est agréable de constater que les mesures préventives obligatoires ont permis d'obtenir la quasi disparition de la tuberculose.

La vie moderne a modifié la pathologie osseuse du pelvis. Si les bassins rachitiques ou coxalgiques sont pratiquement inexistants en France, aujourd'hui, c'est grâce à la prévention de ces maladies. Par contre, le trafic routier intense a créé des bassins pathologiques d'origine traumatique, qui, eux par contre, étaient inexistants, il y a vingt ans.

On assiste donc à une modification de la pathologie.

L'étude de l'accouchement et de ses circonstances appellent aussi quelques remarques.

Jadis, l'intervention, par voie basse, était souvent la seule issue qui s'offrait à l'accoucheur. Aujourd'hui, l'asepsie, les antibiotiques, les techniques chirurgicales permettent d'envisager les interventions, par voie haute, beaucoup plus aisément. Il se produit un double phénomène : diminution progressive des interventions par voie basse et augmentation progressive des interventions par voie haute. Cela est vrai non seulement en France, mais aussi aux U.S.A. où une statistique de "University Hospital of Maryland" de Baltimore montre un taux de 8,4 % de césariennes, contre les 4,6 % de cette étude.

Un deuxième fait est à noter. Il s'agit de l'emploi de plus en plus fréquent de drogues à visée antispasmodique ou ocytocique. Il semble que l'accouchement dit dirigé prenne de plus en plus le pas sur l'accouchement naturel.

La dernière partie de cette étude, consacrée à la morbidité et à la mortalité périnatale, montre que les chiffres obtenus sont satisfaisants. (18,43 pour mille). Ceux de "l'University Hospital of Maryland" (16 pour mille chez les Blancs et 58 pour mille chez les "non Blancs") sont comparables. Ce chiffre est en nette diminution par rapport à ceux trouvés dans des études similaires faites il y a dix ans. Actuellement, la France est parmi les pays occidentaux, un de ceux où la mortalité périnatale est la plus faible. Seuls, la Suède et les Pays-Bas ont des taux inférieurs.

On s'aperçoit donc que l'Obstétrique évolue. Cette étude montre par les chiffres, les progrès accomplis. Il serait souhaitable que des travaux plus poussés soient faits systématiquement pour permettre de faire des études comparatives d'une année à l'autre. Ceux-ci pourraient être la source de renseignements fructueux.

Vu, le Président de Thèse
Professeur F. LEPAGE

Vu, le Doyen de la Faculté
F. DELBARRE

Vu et Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
G. MALLET

Vu, le Président de Thèse
Professeur P. LEPAGE

Vu, le Doyen de la Faculté
P. DELBARRE

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
C. MALLET